

ALLEGATO N.1

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA CAUSE INCONFERIBILITÀ/
INCOMPATIBILITÀ E CONFLITTI DI INTERESSE, AI FINI DEL CONFERIMENTO
DI INCARICHI ISTITUZIONALI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ'

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a WILY CECARONI,
nato/a a CESENA (FC) il _____
e _____ residente
a CESENA (FC)
Via POLA 21

relativamente al conferimento dell'incarico di RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ^{P DELLA TRASPARENZA},
per il periodo dal 2025 al 2028, consapevole delle sanzioni previste
dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici
prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la
propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non versare, in relazione all'incarico sopra indicato, in alcuna delle situazioni, previste nel D.lgs. 39/2013 (artt. 3, 4, 6, 9, 11, 12, 13, 14), di:
 - o inconferibilità,
 - o incompatibilità
- di non trovarsi, in relazione all'incarico sopra indicato e nei confronti dell'Amministrazione, in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- di non trovarsi, nei confronti dell'Amministrazione, in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;
- di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od Organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od Organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di Enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente, e in ogni altro caso. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza;
- di non essere stato condannato (anche ai sensi e per gli effetti della legge n. 190/2012,

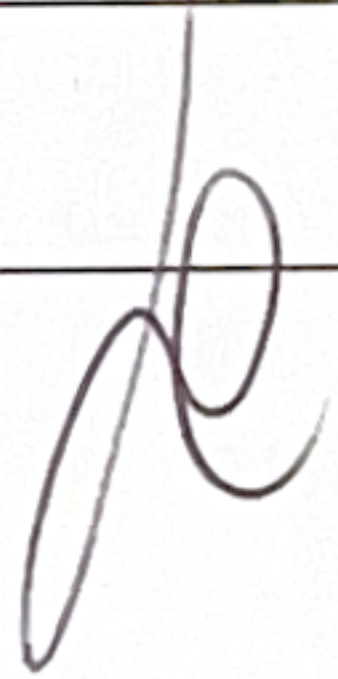
art.1 comma 46 recante “Disposizioni per la Prevenzione e la repressione della Corruzione dell’illegalità nella pubblica amministrazione”) anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale;

- di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di Prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all’Amministrazione l’eventuale insorgere di taluna delle situazioni sopra menzionate.

L’Amministrazione informa, ai sensi del d.lgs. n. 196 del 2003, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell’atto sul sito istituzionale dell’Istituto.

L’Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.

Luogo e data Cosenza 24/07/2025

Firma 

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.



**REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO**

CA327990A



CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD

COMUNE DI / MUNICIPALITY
CESENA



COGNOME / SURNAME
CECCARONI

NOME / NAME
LUIGI

LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
CESENA (FO) 23.02.1991

SESSO / SEX STATURA / HEIGHT
M 182

EMISSIONE / ISSUING
31.01.2023

FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE



CITTADINANZA
NATIONALITY
ITA

SCADENZA / EXPIRY
23.02.2032



091582

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 REGIONALE DEI SERVIZI

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **CCCLGU91B23C5730** Sesso **M**

Cognome **CECCARONI**

Nome **LUIGI**

Luogo di nascita **CESENA**

Provincia **FO**

Data di nascita **23/02/1991**

Data di scadenza **13/12/2024**

Dati sanitari regionali
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA

TESSERA REGIONALE DI ASSICURAZIONE MALATTIA

IT

3 Cognome **CECCARONI**

4 Nome **LUIGI**

5 Data di nascita **23/02/1991**

6 Numero di identificazione personale **CCCLGU91B23C5730**

7 Numero di identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **80380000800300435692**

9 Scadenza **13/12/2024**